



# COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE SUITE 300, SANTA ROSA CA 95401 TEL (707) 544-3077 FAX (707) 544-2625  
CHILD CARE REFERRALS (707) 544-3084 CHILD CARE FOOD PROGRAM (707) 522-1412

## VERIFICACION DE EMPLEO - EMPLEO DEL PADRE/MADRE O PERSONA QUE CUIDA

Por favor escriba claramente la información.

FECHA:

### INSTRUCCIONES

Para determinar la elegibilidad para servicios de desarrollo del niño, se requiere que el padre/madre o persona que cuida al niño/a haga lo siguiente:

1. Pedir a su empleador que llene ésta forma.
2. Devolver la forma a 4Cs, en menos de dos semanas, para que los servicios de desarrollo del niño sean autorizados.

#### AGENCIA

Community Child Care Council (4Cs) of Sonoma County, 131-A Stony Circle Suite 300, Santa Rosa, CA 95401  
Teléfono: (707) 544-3077 Fax: (707) 544-2625

Trabajadora del Caso:

Nombre del padre/madre o persona que cuida (apellido, nombre, inicial)

NUMERO DE TELEFONO

( )

DIRECCION

CIUDAD

ZONA POSTAL

Yo autorizo a mi empleador, a que le dé al "Community Child Care Council of Sonoma County" la información que solicita a continuación.  
FIRMA DEL PADRE/MADRE O PERSONA QUE CUIDA FECHA

### INFORMACION DE EMPLEO

**El empleador debe completar ésta sección.** Toda la información que contiene ésta forma, es confidencial. Está disponible solamente para los empleados de 4Cs y los oficiales del Departamento de Educación del Estado, para poder justificar la Matrícula, para servicios de cuidado de niños.

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NUMERO DE TELEFONO

( )

DIRECCION

CIUDAD

ZONA POSTAL

FECHA EN QUE EMPEZO A TRABAJAR

SALARIO MENSUAL BRUTO

TITULO

PERIODO DE PAGO (CIRCULE UNO)

SEMANAL CADA DOS SEMANAS 2 VECES AL MES MENSUAL

### DIAS / HORAS DE EMPLEO

DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:
Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	

Si el empleado/a tiene horario flexible, por favor escriba: Horas mínimas por semana \_\_\_\_\_ y horas máximas por semana \_\_\_\_\_  
Se le paga al empleado en efectivo solamente? Sí No

NOMBRE Y TITULO DE LA PERSONA QUE COMPLETA LA FORMA

Yo declaro bajo pena de perjurio, que la información anterior es verdadera y correcta, de acuerdo a mi conocimiento.  
FIRMA DE LA PERSONA LISTADA ANTERIORMENTE FECHA

€ Se llamó al empleador para verificar la información. \_\_\_\_\_  
Iniciales y Fecha